

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

CANCER DETECTION SECTION

CANCER DETECTION PROGRAMS: EVERY WOMAN COUNTS

P.O. BOX 942732

SACRAMENTO, CA 94234-7320



프로그램 참가 및 개인 신상/병력 사할 공개서

보건국은 유방암/경부암 검사 비용이 없는 여성에게 그 비용을 지급합니다. 대부분의 여성은 암에 걸리지 않습니다. 암이 발병하는 여성들이 암을 조기에 발견할 경우 생명을 구할수도 있습니다. 본인이 이 서류에 사인을 할 경우, 이 프로그램의 참여를 원한다는 뜻입니다. 내년에 다시 검사를 받으라고 연락이 갈 것입니다. 이 프로그램의 참여를 원하실 경우 매 해마다 동의서에 서명을 하셔야 합니다. 언제나 이 프로그램에 대한 참여를 중지할수 있습니다.

이 프로그램에 참여 할수 있는지의 여부를 알기 위해서는 본인은 성명과 주소, 생년월일, 수입 그리고 병력을 밝히셔야 합니다. 이 같은 정보를 제공하는 것은 검사의 결과를 받기 위해 도움이 될것입니다. 소셜 번호(만약 갖고 있다면)와 같은 다른 정보도 요구될 것입니다만 검사를 받기 위해 제시할 필요는 없습니다. 모든 정보는 비밀이 보장됩니다.

본인의 성명이 공공 보고서에 사용되지는 않을것입니다. 일부 정보는 보건국과 다른 정부 기관의 프로그램을 위해 공유될수도 있습니다. 본인의 개인적인 기록은 모든 법의 보호를 받습니다. 보건국은 세법 30461.6 조항과 미국법 15 편의 1501 조항을 준수합니다.

본인은 이 동의서의 복사본을 받게 될것입니다. 만약 질문사항이 있으시면 본인의 의사와 상담하십시오. 또한 전화 (916) 327-2784 로 연락하거나 아래 주소로 편지를 보내 본인의 개인 기록이 담긴 기록을 볼수 있도록 요청할수도 있습니다.

Chief, Cancer Detection Section
Cancer Detection Programs: Every Woman Counts
P.O. Box 942732, Mail Station 428
Sacramento, CA 94234-7320

저, _____ (인쇄체로 이름을 써 주십시오)는 캘리포니아 보건국의 유방암/경부암검사 프로그램의 참여를 동의합니다. 저는 저의 개인신상과 병력이 위에 기록된 바로 이용되는 것을 동의합니다. 저는 모든 정보에 대한 비밀이 보장되는 것을 알고 있습니다. 저는 이 서류에 서명함으로써 1 년간 프로그램에 참여하는 것에 동의하며 내년의 프로그램에 참여 하기 위해서는 새로운 서류에 서명을 해야 합니다.

서명	날짜
----	----

증인이 필요할 경우에만 작성하십시오.

저는 상기 명시된 환자에게 이 동의서의 내용을 읽어주었습니다. 저는 제가 최대한으로 알고 있고 또 믿고 있는 한, 이 환자가 정보를 이해하고 동의서에 참여하기를 원한다고 결론을 내립니다.

증인 서명	이름(인쇄체)	날짜
-------	---------	----